

# Szerkesztői levél

Tisztelt Olvasó!

Az elmúlt két évtized pszichiátriai kutatásainak egyik izgalmas kérdése a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) és a bipoláris zavar (BD) közötti kapcsolat. A két kórkép hagyományosan különálló diagnosztikai kategóriának számít, az ADHD „idegfejlődési” zavarként, a bipoláris zavar pedig epizodikus hangulatzavarként szerepel a modern klasszifikációs rendszerekben. Ugyanakkor a klinikai gyakorlatban egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy jelentős tüneti átfedés, gyakori komorbiditás, és részben közös biológiai háttér jellemzi őket. Az elmúlt évek kutatásai ezért nem csupán differenciáldiagnosztikai kérdésként kezelik az ADHD-BD kapcsolatot, hanem fejlődépszichopatológiai és neurobiológiai kontinuumként is vizsgálják.

A populációs adatok alapján az ADHD prevalenciája gyermekkorban 5-10%, felnőttkorban 2-6%, míg a bipoláris zavar előfordulása 1-4% között mozog. Ha a két zavar egymástól teljesen független lenne, együttes előfordulásuk viszonylag ritka volna. Ezzel szemben a vizsgálatok azt mutatják, hogy az ADHD-ban szenvedők körében a bipoláris zavar kialakulásának kockázata négyszeres-tízszeresére emelkedik, míg a bipoláris betegek 10-20%-a ADHD-diagnózissal is rendelkezik.

Egy közel 650 000 résztvevőt magában foglaló metaanalízis szerint a felnőtt ADHD-s betegek 7,9%-ánál diagnosztizálható bipoláris zavar, míg a bipoláris betegek 17,1%-ánál ADHD. A komorbiditás különösen gyakori gyermek és serdülőkorban, ahol egyes vizsgálatok 20%-os vagy annál magasabb átfedést jeleznek.

A komorbid esetek klinikai jelentősége kiemelkedő, mivel ezekben a betegekben korábbi betegségkezdet, súlyosabb lefolyás, gyakoribb depressziós és kevert epizódok, magasabb öngyilkossági kockázat, több szerhasználati probléma, és rosszabb funkcionális kimenetel figyelhető meg.

A jelenlegi kutatások egyik legfontosabb kérdése, vajon az ADHD és a bipoláris zavar két elkülönülő betegség-e, vagy ugyanazon neurobiológiai sérülékenységek különböző fenotípusos megjelenései.

A genetikai vizsgálatok számos közös kockázati gént azonosítottak. A családi vizsgálatok szerint ADHD-s betegek rokonságában gyakoribb a bipoláris zavar, míg bipoláris betegek családtagjai között magasabb az ADHD előfordulása. Több mint harminc közös genetikai lókuszt került azonosításra, bár a genom-szintű vizsgálatok szerint a genetikai korreláció mérsékelte, és valószínűleg gén-környezet interakciók is jelentős szerepet játszanak.

A dopaminerg rendszer központi szerepe mindkét kórképben régóta ismert. Az ADHD-t hagyományosan dopamin- és noradrenalin-hiányos állapotként írják le, míg a bipoláris zavar mániás fázisában dopamin-túlműködés, depressziós epizódokban pedig dopaminhiány figyelhető meg. Friss adatok szerint mindkét betegség hátterében a dopamin-transzporter (DAT) működési zavara állhat. Normál esetben a DAT a szinaptikus résből visszaveszi a dopamint a preszinaptikus neuronba. Bizonyos genetikai variánsok esetén azonban a transzporter működése megfordulhat, így a dopamin a szinaptikus résbe áramlik. A bipoláris zavar és az ADHD közös biológiai gyökere lehet ez a kóros DAT-funkció, míg a két kórkép közötti különbséget a dopamin-homeosztázis szabályozásának küszöbértékei és a D2 receptorok visszacsatoló működése határozhatja meg.

Bár ez a modell hipotetikus, magyarázatot kínál arra, hogy miért előzi meg az ADHD gyakran a bipoláris zavar kialakulását, és miért ilyen magas a két kórkép komorbiditása.

A modern pszichiátria egyre inkább fejlődépszichopatológiai keretben értelmezi az ADHD-BD kapcsolatot. Az ADHD többnyire korai gyermekkorban jelenik meg, míg a bipoláris zavar első manifeszt epizódjai rendszerint serdülő- vagy fiatal felnőttkorban jelentkeznek.

Az ADHD fejlődési pályája rendkívül heterogén. Egyes betegek tüneteinek felnőttkorra jelentősen csökkennek, másoknál teljes szindrómás fennmaradás figyelhető meg. A kutatások szerint a tünetek fennmaradásában genetikai tényezők, korai komorbiditások, magatartászavar, szorongásos tünetek és emocionális diszreguláció játszanak szerepet.

A bipoláris zavar kialakulásának egyik fontos előjele lehet az ADHD-val társuló emocionális diszreguláció. Több longitudinális vizsgálat azt mutatja, hogy ADHD és szorongás együttes jelenléte akár harmincszorosára növelheti a későbbi bipoláris zavar kockázatát. Az érzelmi szabályozási zavar ezért ma már transznozológiai dimenzióknak tekinthető, amely összeköti a két betegséget.

A klinikai gyakorlatban az ADHD és a bipoláris zavar elkülönítése gyakran nehéz. Mindkét állapotban előfordulhat figyelemzavar, fokozott aktivitás, impulzivitás, beszédesség, ingerlékenység, alvási igény csökkenése, gondolatrohanás. A legfontosabb különbség azonban a tünetek időbeli mintázata. ADHD-ban a tünetek stabil, élethelyzeteken átívelő vonásként jelennek meg. Bipoláris zavarban ezzel szemben epizodikus jellegűek: jól körülhatárolható mániás, hipomániás, vagy depressziós periódusokhoz kötődnek. Különösen nehéz az elkülönítés bipoláris II zavar esetén, ahol a hipomániás epizódok gyakran enyhék és rövid ideig tartanak. Az ilyen betegek éveken keresztül ADHD-diagnózissal élhetnek, mielőtt felismerik a hangulati ciklicitást.

Az utóbbi években egyre nagyobb figyelmet kap a bipoláris spektrum koncepciója. Ennek lényege, hogy a klasszikus bipoláris I és II zavar csak a spektrum csúcsát jelenti, miközben számos küszöbalatti tünetcsoport, ciklotímiás vagy atípusos forma létezhet, ezek előfordulását 15-20%-ra becsülik. Számos ADHD-val, borderline személyiségzavarral, vagy szorongásos zavarral diagnosztizált beteg valójában a bipoláris spektrum valamely formájába tartozhat. Ez a megközelítés különösen releváns azoknál a betegeknél, akiknél a gyors hangulati ingadozások, impulzivitás, ingerlékenység, ciklikus depresszió, és antidepresszívum-indukált hipománia figyelhető meg. A két diagnózis együttes fennállása önálló klinikai entitásnak tekinthető. Ezeknél a betegeknél korábban jelennek meg a pszichiátriai tünetek, rövidebbek az eutímiás periódusok, gyakoribbak a kevert állapotok, súlyosabb az impulzivitás, gyakoribb a szerhasználat, rosszabb az életminőség, nagyobb a szuicid rizikó. A komorbid betegek gyakran nehezebben reagálnak hangulatstabilizáló-kezelésre, és fokozott figyelmet igényelnek a relapszusok megelőzésében.

A kezelés ma is az egyik legvitatottabb terület. Az alapelv szinte minden szakmai ajánlásban azonos: először a bipoláris zavart kell stabilizálni, és csak ezt követően szabad az ADHD kezelését megkezdeni.

Ennek oka, hogy a stimulánsok – különösen a metilfenidát és az amfetamin-származékok – provokálhatnak mániás állapotot. Bár a modern adatok ezt a veszélyt kisebbnek mutatják, a klinikai óvatosság továbbra is indokolt. A kezelési stratégia célja a hangulat stabilizálása, kontrollja, az ADHD tünetek újraértékelése, szükség esetén stimuláns vagy nem stimuláns kezelés bevezetése, a hangulati destabilizáció megelőzése.

Az ADHD és a bipoláris zavar kapcsolata ma már nem tekinthető pusztán komorbiditási kérdésnek. A genetikai, neurobiológiai, és fejlődépszichopatológiai adatok arra utalnak, hogy a két kórkép részben közös sérülékenységi mechanizmusokra épül. Az ADHD számos esetben a későbbi bipoláris fejlődési pálya korai megnyilvánulása lehet, különösen emocionális diszreguláció, szorongás, és családi terheltség esetén. A komorbid forma klinikailag súlyosabb, rosszabb prognózisú, és nagyobb funkcionális károsodással jár. A jelenlegi konszenzus szerint a kezelés kulcsa a hangulati stabilizáció elsődlegessége, majd az ADHD-tünetek célzott kezelése. A jövő kutatásai várhatóan egyre inkább a közös neurobiológiai mechanizmusok és a bipoláris spektrum tágabb koncepciója felé mozdítják el a pszichiátriai gondolkodást.

Üdvözlettel,

FALUDI GÁBOR  
*főszerkesztő*